5

Uitvoeringsadvies klachtenbemiddeling

Datum 9 maart 2009

Colofon

Afzendgegevens	**Concernstaf Uitvoeringsbeleid** Gezondheidszorg Hoofdkantoor (Terminal Zuid) Schedeldoekshaven 101 2511 EM Den Haag Postbus 30132 2500 GC Den Haag www.dji.nl
Contactpersoon	Dorian Nijman *Kwaliteitsmedewerker* T 070 88 94075 F 070 37 02921
Auteurs	Marijke Luijting Dorian Nijman

Inhoud

Colofon 2

1 Inleiding, doelstelling en werkwijze 4
1.1 Inleiding 4
1.2 Werkwijze 4
1.3 Leeswijzer 5

2 Waarom een goed werkende klachtenbemiddelingsprocedure? 6

3 Knelpunten klachtenbemiddeling medische klachten 7
3.1 Wegen voor bemiddeling van medische klachten divers 7
3.2 Rol Commissie van Toezicht (CvT) in bemiddeling medische klachten verschilt 8
3.3 Onduidelijkheid afbakening medische klachten 9
3.4 Centrale bemiddeling medische klachten duurt relatief lang 10
3.5 Informatieverzameling medische klachten gefragmenteerd 10
3.6 Analyse informatie medische klachten beperkt 11
3.7 Terugkoppeling klachten niet cyclisch op centraal en inrichtingsniveau 11

4 Voorstel uitvoeringsvarianten 13
4.1 Scenario 1: Huidige situatie continueren met verbetering van sturingsinformatie en terugkoppeling 13
4.2 Scenario 2: Sturen klachtenbemiddeling op locatie hoofd medische dienst 14
4.3 Scenario 3: CvT bemiddelt bij niet-medisch inhoudelijke klachten 16
4.4 Scenario 4: CvT behandelt alle medische klachten 17
4.5 Scenario 5: Ziekenhuismethode: opzetten lokale klachtencommissie medische klachten 17
4.6 Scenario 6: "Lokale" bemiddeling door onafhankelijk arts (decentralisatie van medisch adviseur) 18
4.7 Conclusie 19

5 Aanbevelingen 21

1 Inleiding, doelstelling en werkwijze

1.1 Inleiding

Gedetineerden die zich benadeeld voelen in de wijze waarop zij medische zorg ontvangen of juist niet ontvangen kunnen op verschillende wijzen hun beklag doen. Eén van deze wijzen is de klachtenbemiddeling door de medisch adviseur van de Dienst Justitiële inrichtingen (DJI). Dit is geregeld in de Penitentiaire beginselenwet. De medisch adviseur is werkzaam op de afdeling gezondheidszorg en bemiddelt tussen de gedetineerde die de klacht heeft ingediend en de medische dienst rondom medische klachten. De afgelopen jaren is het aantal klachten bij de medisch adviseur toegenomen en uiteindelijk gestabiliseerd. De wijze waarop de klachtenbemiddeling is vorm gegeven maakt dat het relatief lang duurt voordat de bemiddeling is afgerond. In de praktijk kan het voorkomen dat de klacht niet meer relevant is op het moment dat de bemiddeling is afgerond Het is daarom de vraag of de klachtenbemiddeling voldoende tegemoet komt aan het probleem van de gedetineerde. De klachtenbemiddeling brengt administratieve last met zich mee zowel op centraal niveau als op instellingsniveau. Ten slotte vraagt de afdeling gezondheidszorg zich af of er in de procedure van klachtenbemiddeling voldoende sprake is van een cyclisch proces waarin uitkomsten leiden tot beleidsverbeteringen.

Dit was de aanleiding voor de afdeling gezondheidszorg om het initiatief te nemen de bemiddeling van medische klachten nader te onderzoeken en een uitvoeringsadvies op te stellen.

Het onderzoek wijst uit dat de bemiddeling van medische klachten een aantal knelpunten kent. Ten eerste zijn er diverse wegen voor klachtenbemiddeling van medische klachten waardoor de totale omvang van medische klachten niet helder is. Ten tweede is er geen eenduidige afbakening van het begrip medische klachten. Dit maakt dat ook klachten die betrekking hebben op de organisatie van de medische dienst soms bij de medisch adviseur terecht komen. Deze kunnen in de praktijk vaak beter op inrichtingsniveau direct opgelost worden. Ten derde duurt de centrale bemiddelingsprocedure door de medisch adviseur relatief lang waardoor de bemiddeling mogelijk minder effectief is. Daarnaast vindt de bemiddeling schriftelijk plaats. Het is de vraag of dit in alle gevallen de meest optimale manier van bemiddeling is. Ook is de informatieverzameling over medische klachten gefragmenteerd, omdat op verschillende niveaus door verschillende partijen informatie wordt verzameld. Hierdoor is de managementinformatie niet volledig. Ten slotte is de bemiddeling van klachten momenteel geen onderdeel van een cyclisch proces waarin uitkomsten indien nodig leiden tot beleidsverbeteringen, zowel op centraal als decentraal niveau.

In dit uitvoeringsadvies worden deze knelpunten nader uitgewerkt en onderbouwd. Daarnaast gaan we in dit advies in op aan aantal scenario's die tot verbetering van de klachtenbemiddeling van medische klachten kunnen leiden.

1.2 Werkwijze

Voor dit uitvoeringsadvies hebben we enerzijds 'desk research' gedaan en anderzijds hebben we gesprekken gevoerd met diverse partijen in het veld. Ten eerste hebben we de relevante documenten die ten grondslag liggen aan de klachtenbemiddeling bestudeerd. Dit omvat onder meer diverse wet- en regelgeving, jaarverslagen over

klachtenbemiddeling en relevante artikelen. Deze informatie biedt het kader waarin we verschillende aspecten van de klachtenbemiddeling analyseren.

Daarnaast hebben we negen personen uit het veld geïnterviewd. Deze personen bekleden de volgende functies:

- Twee medisch adviseurs afdeling Gezondheidszorg DJI
- Juridisch adviseur DJI
- Vertegenwoordigers van drie medische diensten Gevangeniswezen (artsen en hoofden medische dienst).
- Lid Commissie van Toezicht
- Hoogleraar Strafrecht aan de Universiteit van Tilburg

Aanvullend is er telefonisch informatie verzameld bij diverse afdelingen binnen DJI, de RSJ en een locatiedirecteur. De medische diensten die we hebben gesproken hebben ervaring hebben met een meer decentrale bemiddeling van medische klachten in de vorm van een bemiddelende rol van de maandcommissarissen van de Commissies van Toezicht (CvT).

Aan de hand van de relevante documenten en de informatie uit de interviews hebben wij een analyse gemaakt van de kenmerken van huidige procedure van klachtenbemiddeling en haar knelpunten. Vervolgens hebben wij vijf scenario's in kaart gebracht waarin wij de methoden om de klachtenbemiddeling te verbeteren beschrijven.

1.3 Leeswijzer

In dit uitvoeringsadvies gaan wij eerst in op het belang van een goedwerkende klachtenbemiddelingsprocedure (hoofdstuk 2). Daarna gaan we in op de bevindingen uit de interviews en de analyse van de relevante documenten (hoofdstuk 3). Daarna zetten wij een aantal scenario's uiteen waarin de mogelijkheden voor het uitvoeren van de klachtenbemiddeling worden beschreven (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 doen wij een aantal aanbevelingen.

2 Waarom een goed werkende klachtenbemiddelingsprocedure?

Een goed werkende methode van klachtenbemiddeling tussen gedetineerden en zorgverleners is belangrijk omdat het enerzijds gehoor geeft aan de klacht van de gedetineerde en anderzijds kunnen klachten worden gebruikt als instrument voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

Gehoor geven aan de klager
Klachtenbemiddeling biedt een klager een loket waar hij terecht kan als hij het niet eens is met de wijze waarop hij of zij medische zorg heeft ontvangen of juist niet heeft ontvangen. Het biedt een plek voor een gedetineerde om zijn verhaal kwijt te kunnen indien hij het gevoel heeft dat er aan zijn rechten onvoldoende tegemoet is gekomen. Dit betekent dat een gedetineerde wordt gehoord. Vervolgens wordt bij bemiddeling geprobeerd om het geschil op te lossen, waarbij wordt gewerkt aan een oplossing die zoveel mogelijk in het belang van beide partijen is.

Klachtenprocedure als instrument voor kwaliteitsverbetering
Klachten zijn een middel om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg en op welke punten deze verbeterd kan worden. De kwaliteitswet zorginstellingen zegt dat een zorginstelling de kwaliteit van zorg systematisch moet bewaken, beheersen en zonodig verbeteren. Dit betekent dat naast het monitoren van de aard en omvang van de klachten, het belangrijk is dat er ook verbeteringen worden aangebracht in de organisatie van de zorgverlening. Een klachtenprocedure kan dus worden gebruikt als instrument voor kwaliteitsverbetering.

In deze rapportage kijken we of de huidige klachtenbemiddelingsprocedure voor gedetineerdenzorg bovenstaande doelen realiseert en welke knelpunten daarbij komen kijken. Vervolgens verkennen we de mogelijkheden om deze procedure te optimaliseren. Ten slotte doen we een aantal aanbevelingen.

3 Knelpunten klachtenbemiddeling medische klachten

In dit hoofdstuk gaan wij in op de knelpunten uit de analyse van de relevante documenten en de interviews met diverse partijen uit het veld. Deze knelpunten vormen de uitgangspunten voor de scenario's voor optimalisatie van de klachtenbemiddeling. In hoofdstuk 3 gaan wij in op deze scenario's.

3.1 Wegen voor bemiddeling van medische klachten divers

Een gedetineerde met een klacht over het medisch handelen en de medische zorg kan in de huidige situatie diverse wegen bewandelen voor klachtenbemiddeling. Hieronder worden de diverse mogelijkheden voor klachtenbemiddeling beschreven voor gedetineerden in de sectoren gevangeniswezen, justitiële jeugdinrichtingen en bijzondere voorzieningen.

1 Medische dienst
Een gedetineerde die zich benadeeld voelt door het medisch handelen van een medewerker van de medische dienst, kan op informele wijze het probleem voorleggen aan de bewuste medewerker of diens collega van de medische dienst. Er is in dit geval nog geen sprake van een formele klacht, maar er vindt wel bemiddeling plaats.

2 Verzoek om bemiddeling door Commissie van Toezicht (CvT)
Een gedetineerde kan door middel van een beklagformulier een verzoek om bemiddeling indienen bij de CvT, de CvT behandelt in principe geen klachten die betrekking hebben op het medisch handelen. De CvT stuurt deze klachten door naar de medisch adviseur.

3 Beklagcommissie Commissie van Toezicht
Indien de bemiddelingspoging door de Maandcommissaris mislukt kan de gedetineerde beklag doen bij de beklagcommissie over een door de directeur van de inrichting genomen beslissing, dit is geregeld in art. 60 Penitentiaire beginselenwet (Pbw). De klachten over beslissingen van de directie die de beklagcommissie kan behandelen zijn enkel klachten over de organisatie van de medische zorg, geen medisch inhoudelijke klachten[1].

4 Medisch adviseur
In art. 42 Pbw en art. 28 t/m 34 van de Penitentiaire Maatregel is geregeld dat een gedetineerde zich voor klachtenbemiddeling over medische zorg kan wenden tot de medisch adviseur. De medisch adviseur stelt de klager in de gelegenheid de klacht schriftelijk of mondeling toe te lichten. Binnen vier weken besluit de medisch adviseur de bemiddelingspoging met het toezenden van de bemiddeling aan de klager en inrichtingsarts, met een kopie voor de directeur.

5 Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)
De Raad voor Strafrechtstoepassing toetst als beroepsrechter beslissingen die zijn genomen over personen die een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel ondergaan: gedetineerden, tbsgestelden en jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen. Behalve om beslissingen aan de inrichtingsdirecteur kan het ook gaan over medisch

[1] Uit: Bajesboek: Handboek voor gedetineerden. P194.

handelen van een inrichtingsarts of beslissingen van de selectiefunctionaris of de minister van Justitie.

Zaken waarin de RSJ om een uitspraak wordt gevraagd zijn bijvoorbeeld plaatsing en overplaatsing, disciplinaire straffen en medische zaken. De RSJ toetst onder meer de Penitentiaire beginselenwet. De uitspraken zijn bindend: er is geen verdere beroepsmogelijkheid.

In geval van een mislukte bemiddeling door de medisch adviseur kan de gedetineerde bij een bijzondere beroepscommissie van de RSJ een beroepschrift indienen. De RSJ kan een klacht gegrond verklaren en de inrichting een sanctie opleggen (bijvoorbeeld een boete). De RSJ behandeld alleen medische klachten waarvoor de medisch adviseur een bemiddelingspoging heeft gedaan.

6 Civielrechtelijke procedure / letselschade klachten
Gedetineerden kunnen in geval van letselschade, een civielrechtelijke procedure in gang zetten volgens artikel 6:162 Burgerlijk Wetboek. In deze gevallen stuurt een gedetineerde (vaak via zijn of haar advocaat) een brief naar de directie. Vervolgens wordt door de juridisch adviseur in samenwerking met de medisch adviseur gekeken of er gekomen kan worden tot een schikking. Indien dit niet het geval is kan de rechter een uitspraak doen. Deze procedure kan parallel lopen aan overige in deze paragraaf beschreven procedures.

7 Tuchtrechter
Volgens de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG) kan een patiënt beroep doen op de tuchtrechter in geval van toebrengen van schade door een zorgverlener.

Gedetineerden hebben diverse mogelijkheden om een klacht in te dienen en klachtenbemiddeling te ontvangen. De mogelijkheden variëren van informeel (bemiddeling door de medische dienst) tot formeel (uitspraak bij de Tuchtrechter).

Omdat gedetineerden diverse personen en instanties kunnen raadplegen voor medische klachten zijn de aard en omvang van het totaal aan medische klachten van gedetineerden niet transparant. Het is daarom lastig een koppeling te maken tussen de klachten en de uitvoering van de medische zorg. Het diffuse karakter van de wegen voor klachtenbemiddeling voor medische klachten staat een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering in de weg.

Klachtenbemiddeling en TBS
Gedetineerden die in TBS klinieken verblijven, kunnen geen klacht indienen bij de medisch adviseur. Er is voor deze groep wel een commissie van toezicht voor beklag. Artikel 56, lid 4 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden stelt dat de gedetineerde geen beklag kan doen bij de beklagcommissie tegen de wijze waarop de 'zorgplicht' TBS wordt uitgevoerd.

3.2 Rol Commissie van Toezicht (CvT) in bemiddeling medische klachten verschilt

De maandcommissaris van de CvT behandelt maandelijks of frequenter klachten van gedetineerden. Voordat de klachtenregeling voor medische klachten in het leven werd geroepen werden alle klachten bemiddeld door de CvT. Omdat er in de praktijk geen plaats bleek te zijn voor medische klachten in dit systeem is de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) aangepast.

In principe behandelt de CvT dus geen medische klachten, maar er komen wel regelmatig medische klachten bij de maandcommissaris terecht. De CvT stuurt deze klachten door naar de medisch adviseur. Uit de interviews blijkt echter dat de maandcommissaris in praktijk soms ook voor medische klachten een bemiddelingsrol op zich neemt. Dit gebeurt met name voor klachten die organisatorisch van aard zijn of betrekking hebben op communicatie. Zo komt bijvoorbeeld uit één van de interviews naar voren dat de CvT bemiddeld heeft bij klachten over de wachttijd voor de tandarts. Per inrichting gaan CvT's hier verschillend mee om. Sommige CvT's sturen alle klachten die betrekking hebben op de medische dienst door naar de medisch adviseur. Uit het rapport van de Inspectie voor Sanctietoepassing (ISt)[2] komt ook naar voren dat CvT's in de praktijk een verschillende invulling geven aan hun taak.

Omdat er een arts zitting heeft in de CvT (dit is tevens geregeld in de PM), kan de CvT in de praktijk een poging tot bemiddeling doen tussen gedetineerde en zorgverlener. Uit de interviews blijkt echter ook dat het regelmatig voorkomt dat er geen arts in de CvT zitting heeft, wegens een openstaande vacature. Ook de ISt onderschrijft dit in haar rapport en geeft aan dat de medicus wel eens ontbreekt in de CvT, met name bij de sectoren GW en DBV. Het is niet altijd eenvoudig een geschikte kandidaat te vinden die tijd kan vrijmaken. Bij de sector Jeugd waar de medicus niet tot de voorgeschreven beroepsgroepen behoort, is echter wel vaak een medicus lid van de CvT. Bovendien zijn artsen in de CvT vaak gepensioneerd waardoor het kennisniveau van de arts mogelijk minder up-to-date is. Sommige geïnterviewden geven aan dat dit de bemiddelende rol van de CvT kan bemoeilijken.

3.3 Onduidelijkheid afbakening medische klachten

In artikel 28 van de Penitentiaire maatregel (Pm) is de definitie van medisch handelen opgenomen. Onder medisch handelen wordt verstaan:

a. *enig handelen in het kader van of nalaten in strijd met de zorg die de in het eerste lid bedoelde personen in die hoedanigheid behoren te betrachten ten opzichte van de gedetineerde, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand zij bijstand verlenen of hun bijstand is ingeroepen;*
b. *enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.*

Uit een aantal interviews komt echter naar voor dat er onduidelijkheid heerst over wat een *medische klacht* precies inhoudt en in welke gevallen de klacht aan de medisch adviseur voorgelegd moet worden. Het is niet helder of onder een medische klacht alleen het medisch inhoudelijk handelen wordt verstaan of dat het ook gaat om klachten die gaan over de organisatie van de medische zorg of over de communicatie tussen zorgverlener en gedetineerde. In de praktijk worden bijvoorbeeld bij de medisch adviseur veel klachten ingediend die gaan over bejegening en problematiek rond de organisatie van de medische dienst[3].

Veel klachten die bij de medisch adviseur terecht komen gaan over organisatie van de medische zorg en communicatie tussen de zorgverlener en de gedetineerde. Aan

[2] Uit: Werkwijze Commissies van Toezicht, inspectierapport themaonderzoek. Inspectie voor Sanctietoepassing. Januari 2009.

[3] Uit: Jaarverslag klachtenbemiddeling door medisch adviseur 2006.

een gedetineerde wordt bijvoorbeeld niet goed uitleg gegeven over (het uitblijven van) een behandeling. In dit soort gevallen is er op medisch inhoudelijk vlak goed gehandeld, maar begrijpt de gedetineerde niet goed *waarom* de arts op een bepaalde wijze handelt. Uit de rubricering die momenteel gebruikt wordt door de medisch adviseur blijkt dat gemiddeld ongeveer 30% van de klachten getypeerd wordt als "medische klachten". Naar schatting 20% van de overige klachten zijn niet sec medisch inhoudelijk van aard maar hebben wel een medisch inhoudelijke component. De resterende 50% van de medische klachten zijn niet medisch inhoudelijk van aard. Er vindt echter wel bemiddeling plaats door de medisch adviseur.

3.4 Centrale bemiddeling medische klachten duurt relatief lang

De bemiddeling van klachten door de medisch adviseur duurt relatief lang en vindt uitsluitend schriftelijk plaats. De gemiddelde duur voor het verwerken van klachten is 4 tot 5 weken. De geïnterviewden geven allen aan dat de bemiddeling van de klachten lang duurt en dat de klacht vaak niet meer relevant is op het moment dat de bemiddeling is afgerond. Een mogelijke verklaring voor de duur is gelegen in de procedure: nadat een klacht binnenkomt, krijgt de betreffende medewerker van de medische dienst (via het hoofd medische dienst) schriftelijk de gelegenheid te reageren op de klacht. Dit levert regelmatig vertraging op.

Bemiddeling van medische klachten door de medisch adviseur veroorzaakt administratieve belasting voor de medewerkers van de medische diensten en het is de vraag of een schriftelijke bemiddeling in alle gevallen de meest wenselijke resultaten oplevert. Daarnaast ondervindt de afdeling gezondheidszorg substantiële administratieve problemen bij de verwerking van de medische klachten. Er zijn capaciteitsproblemen om alle klachten binnen de normtijd af te handelen.

Sommige geïnterviewden geven aan dat de positie van de medisch adviseur als onafhankelijk bemiddelaar van klachten discutabel is. Deze geïnterviewden geven aan dat de medisch adviseur werkzaam is bij de Dienst Justitiële Inrichtingen en dat hiermee geen sprake is van een onafhankelijke partij.

3.5 Informatieverzameling medische klachten gefragmenteerd

Omvang van het totaal aantal klachten medische zorg niet helder
De informatieverzameling over de medische klachten gebeurt op dit moment voornamelijk centraal. Alle klachten die bij de medisch adviseur terechtkomen worden verzameld in een database. In deze database wordt onder meer onderscheid gemaakt naar geslacht, aard van de problematiek en uitspraken van de RSJ. Er vindt ook registratie plaats van *waar* de klacht vandaag komt, bijvoorbeeld direct van de klager zelf, de Commissie van Toezicht of de RSJ (deze zendt de klacht terug indien er nog geen bemiddeling heeft plaatsgevonden door de medisch adviseur). Daarnaast wijst een toetsing van de jaarcijfers van de afdeling gezondheidszorg met het jaarverslag van de RSJ uit dat er niet altijd correct geregistreerd wordt of dat de informatie niet juist uit het systeem wordt gegenereerd.[4]

Het aantal klachten bij de medisch adviseur is de afgelopen jaren gestegen en is gestabiliseerd rond een niveau van gemiddeld 870 klachten voor de laatste vier

[4] Totaal medische klachten bemiddeld door RSJ in 2007: 110 (uit jaarverslag RSJ), de administratie van de afdeling gezondheidszorg wijst uit 77 gedetineerden die in hoger beroep zijn gegaan bij de RSJ. Dit wijst uit dat er in 2007 33 beroepszaken niet zijn geregistreerd.

jaar[5]. In de eerste periode dat de Penitentiaire Maatregel in werking trad was het aantal klachten relatief laag (239 klachten in 1999), Het aantal klachten is sindsien jaarlijks gestegen. Deze stijging zou onder meer veroorzaakt kunnen worden door de toename van de bekendheid van gedetineerden met de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de medisch adviseur. Een andere mogelijke oorzaak voor de toename van de klachten kunnen de klachten vanuit DBV zijn. De bemiddeling hiervan is in de loop van deze periode ook bij de medisch adviseur terecht gekomen. De afdeling gezondheidszorg registreert alleen de klachten die bij de medisch adviseur terechtkomen ~~en de medische klachten die zijn bemiddeld door de RSJ~~. De klachten die volgens de overige wegen worden behandeld worden niet geregistreerd en teruggekoppeld door deze afdeling. De klachten die bij de medisch adviseur terecht komen geven dus niet het *werkelijke* aantal klachten weer. Er is bijvoorbeeld geen zicht op het aantal klachten van gedetineerden en advocaten dat bij de directies terechtkomt.

Informatieverzameling Commissies van Toezicht
De Commissies van Toezicht houden lokaal de registratie van klachten bij. Hierin wordt bijvoorbeeld geregistreerd of de cliënt in beroep is gegaan bij de RSJ en of de cliënt een financiële compensatie heeft gekregen. De individuele CvT's houden allen op enige wijze een registratie van klachten en uitspraken bij. Hiervoor is echter geen eenduidige werkwijze afgesproken. Op centraal niveau wordt er geen registratie bijgehouden. Er is afgelopen jaar wel een uniformeringslag gedaan op het jaarverslag van de CvT's. DJI probeert de informatieverzameling op deze manier enigszins te sturen, maar CvT's zijn vrij invulling te geven aan hun jaarverslag. De Raad voor de Rechtsspraak is momenteel bezig om de mogelijkheden voor een centraal registratiesysteem van klachten te verkennen.

Er is geen relatie tussen de registratie van gegevens door de afdeling gezondheidszorg en de (individuele) Commissies van Toezicht. De medische klachten die worden bemiddeld door de CvT zijn dus op centraal niveau niet in beeld. Het is niet helder wat de omvang van dit deel van de klachtenbemiddeling is.

3.6 Analyse informatie medische klachten beperkt

De gegevens uit het registratiesysteem worden jaarlijks geïnventariseerd in een overzicht. Er worden beperkte verbanden gelegd tussen de beschikbare cijfers. Er kan in de database bijvoorbeeld geen analyse worden gemaakt van een vergelijking tussen huizen van bewaring en gevangenissen in het aantal medische klachten. Uit de interviews blijkt dat gedetineerden die hun vonnis hebben gekregen en een lange periode vastzitten (gevangenis) beter op de hoogte zijn van de klachtenregelingen en vaker klachten indienen. Dit zou dus een interessante determinant kunnen zijn voor de analyse van de medische klachten. De huidige database biedt echter geen ruimte voor deze analyse.

3.7 Terugkoppeling klachten niet cyclisch op centraal en inrichtingsniveau

Uit een aantal interviews komt naar voren dat er weinig met de (informatie over) de medische klachten gebeurt. Jaarlijks wordt er een overzicht gemaakt van de klachten op basis van verschillende determinanten (geslacht, aard van de problematiek en uitspraken van de RSJ). Daarnaast is er enige jaren een jaarverslag opgesteld over de jaarcijfers. Dit jaarverslag wordt momenteel niet meer opgesteld. Ook ontvangen de individuele medische diensten op verzoek een terugkoppeling

[5] 2008: 813 klachten, 2007: 901 klachten, 2006: 859 klachten, 2005: 908 klachten. De cijfers van 2008 zijn onder voorbehoud.

over het aantal klachten dat er is ingediend over het betreffende jaar. In de praktijk vindt er niet of nauwelijks terugkoppeling plaats naar medische diensten over de aard van de klachten.

Op inrichtingsniveau is er geen sprake van een cyclisch proces waarbij medische klachten worden teruggekoppeld. Uit interviews komt naar voren dat er in inrichtingen bijvoorbeeld niet wordt getoetst wat er met de klachtenbemiddelingen gebeurt. Sommige hoofden medische diensten zetten de behandeling van klachten op de overlegagenda, maar het is niet helder of dit in alle inrichtingen gebeurt. Daarnaast is het niet eenduidig wat er gebeurt met het afschrift van de bemiddeling aan de directie van de locatie. Bij sommige inrichtingen worden de klachten door de directie besproken in regulier overleg.

Samengevat werkt de klachtenbemiddeling voor medische klachten suboptimaal: aan de doelstelling van klachtenbemiddeling, namelijk (1) Gehoor geven aan de klager en (2) Klachtenprocedure als instrument voor kwaliteitsverbetering wordt in de huidige situatie nog onvoldoende tegemoet gekomen.

De huidige procedure voor klachtenbemiddeling geeft niet voldoende gehoor aan de klager door de lange wachttijd die gemoeid gaat met de bemiddeling en het ontbreken van *face to face* contact tussen klager en bemiddelaar. De huidige procedure wordt niet in voldoende mate gebruikt als middel voor kwaliteitsverbetering vanwege onder meer onvolledige gegevensverzameling, analyse en het gebrek aan terugkoppeling zowel op het hoofdkantoor als op locaties.

In het volgende hoofdstuk verkennen wij een zestal scenario's waarin we de oplossing voor bovenstaande problemen onderzoeken.

4 Voorstel uitvoeringsvarianten

In dit hoofdstuk worden zes scenario's uitgewerkt om de klachtenbemiddeling te verbeteren en hiermee de beide doelen van de klachtenbemiddeling te realiseren. Hierbij wordt telkens eerst een beschrijving gegeven van het scenario en vervolgens komen de voor- en nadelen van het scenario aan bod. We beginnen met een scenario dat dicht bij de huidige situatie staat en eindigen met een scenario met grote wijzigingen in de huidige situatie. Ten slotte hebben we de verschillende scenario's grafisch weergegeven in een model.

4.1 Scenario 1: Huidige situatie continueren met verbetering van sturingsinformatie en terugkoppeling

Beschrijving scenario

In dit scenario wordt de huidige situatie gehandhaafd, met als enige verandering de verbetering van de sturingsinformatie. Op dit moment wordt er een database bijgehouden met medische klachten. Deze database kan worden vernieuwd en getoetst op volledigheid. Ook de analysemogelijkheden dienen te worden uitgebreid. Het systeem dient mogelijkheid te bieden verschillende queries te draaien om verbanden aan te tonen. Het is belangrijk dat er hierbij een koppeling wordt gemaakt met de registratie van klachtgegevens van de andere officiële beklag instanties zoals de CvT en de RSJ. Het spectrum aan officiële (medische) klachten komt dan vollediger in beeld.

Het ISt rapport wijst uit dat een relatief groot aantal secretariaten van CvT's ontevreden is over de automatisering en dan in het bijzonder de registratiesystemen. Op veel locaties is behoefte aan een landelijk systeem dat een veilige opslag van gegevens waarborgt en bovendien vergelijkingen en analyses mogelijk maakt. De ISt adviseert daarom het DJI hoofdkantoor de ontwikkeling van een landelijk registratiesysteem voor klachten te ondersteunen waardoor een veilige opslag van gegevens wordt gewaarborgd en eenvoudig vergelijkingen en analyses kunnen worden uitgevoerd. In dit scenario is het belangrijk aansluiting te zoeken met deze ontwikkeling.

Daarnaast kan de terugkoppeling van de gegevens worden geoptimaliseerd. De gegevens uit de database kunnen worden vertaald naar een jaarverslag en kunnen worden teruggekoppeld naar de afdeling gezondheidszorg en de sectordirecties. Daarnaast kan de individuele terugkoppeling naar medische diensten en directies worden uitgebreid. Zij kunnen worden teruggekoppeld over de aard van de klachten die zijn ingediend en bijvoorbeeld het aantal keren dat een gedetineerde in hoger beroep is gegaan bijvoorbeeld bij de RSJ. Een inrichting kan deze informatie op haar beurt gebruiken voor kwaliteitsverbetering.

Naast het verbeteren van de registratie en terugkoppeling van informatie kan ook worden gekeken of het proces van registratie en terugkoppeling efficiënter kan worden ingericht zodat de doorlooptijd van de bemiddeling wordt verkort. De doorlooptijd is momenteel 4,5 week. Deze efficiëntieslag kan worden gekoppeld aan een kwantitatieve doelstelling, bijvoorbeeld een afname van de doorlooptijd met 30%.

Om te zorgen dat inrichtingen klachten kunnen gebruiken in de organisatie 'als gratis advies' kan het bespreken van medische klachten door medische diensten expliciet worden opgenomen in de A3 systematiek. Het is belangrijk dat hierbij

aandacht wordt besteed aan de kwaliteitscomponent en terugkoppeling van een klacht.

Samenvattend
In dit scenario wordt een betere invulling gegeven aan de klachtenbemiddeling als instrument om de kwaliteit te verbeteren. De informatieverzameling en -analyse worden in dit scenario verbeterd. Het scenario vangt echter de knelpunten die gepaard gaan met de duur van de bemiddeling en afstand van bemiddelaar tot klager slechts beperkt op.

Voordelen
- Geen aanpassing van de regelgeving nodig
- Lage implementatiekosten
- Snelle invoering
- Verbetering (centrale) sturingsinformatie en terugkoppeling klachten

Nadelen
- Bemiddeling niet door onafhankelijke partij
- Duur klachtenbemiddeling blijft lang en op afstand
- Aantal medische klachten medisch adviseur blijft hoog
- Mogelijkheden bemiddeling klachten blijft gefragmenteerd
- Onofficiële klachten en klachten aan de directies komen niet in beeld
- Geen inzicht in *alle* medische klachten

N.B. Het verbeteren van de sturingsinformatie en terugkoppeling zoals beschreven in scenario 1 wordt ook aanvullend geïmplementeerd bij scenario 2 en 3.

4.2 Scenario 2: Sturen klachtenbemiddeling op locatie hoofd medische dienst

Beschrijving scenario
In dit scenario wordt rol van het hoofd medische dienst in de klachtenbemiddeling groter. Het uitgangspunt is dat voordat de klacht officieel wordt, de bemiddeling tussen zorgverlener en gedetineerde plaatsvindt door het hoofd medische dienst. Het hoofd medische dienst probeert in dit scenario een dialoog tot stand te brengen tussen zorgverlener en gedetineerde zodat de gedetineerde geen klacht indient, of zijn klacht terugtrekt. In geval van bemiddeling tussen een arts en gedetineerde kan de medisch adviseur een andere arts, indien noodzakelijk, om advies vragen voor bemiddeling.

Het hoofd medische dienst kan dan direct een poging tot bemiddeling doen. Indien bemiddeling door hoofd medische dienst niet mogelijk is of niet succesvol, kan de gedetineerde alsnog een officieel verzoek om bemiddeling indienen bij de medisch adviseur of zich wenden tot de CvT. Juridisch gezien kan het hoofd medische dienst geen 'poortwachtersrol' vervullen naar de medisch adviseur, maar praktisch gezien kan er wel bemiddeling plaats vinden rondom een deel van de klachten die betrekking hebben op communicatie of organisatie.

Het bemiddelen door het hoofd medische dienst maakt dat een snellere en face-to-face bemiddeling voor een deel van de klachten mogelijk is. Bovendien is het hoofd medische dienst aan de voorkant betrokken bij de klacht, zodat deze, als de bemiddeling alsnog tot een klacht bij de medisch adviseur leidt, nauwer betrokken is bij de klacht. Naar verwachting zal hiermee het aantal klachten bij de medisch adviseur afnemen. Hierover zou een kwantitatieve doelstelling kunnen worden geformuleerd, bijvoorbeeld een afname van het aantal klachten bij de medisch adviseur met 30%.

Dit betekent ten eerste dat de informatievoorziening aan de gedetineerde dient te wijzigen. Door inrichtingen wordt, naast de standaard beschrijving in de huisregels, ruchtbaarheid gegeven aan het beklagrecht via onder meer het inkomstengesprek, personeel in algemene zin, de mentor, het bajesboek, het inkomstenpakket en de kabelkrant. Via deze media kan worden gecommuniceerd dat de gedetineerde bij een klacht eerst het hoofd medische dienst kan raadplegen, voordat hij een officiële klacht indient. Op deze manier wordt de keuze voor de weg van bemiddeling van de klacht bij de gedetineerde neergelegd. Het ISt rapport adviseert het hoofdkantoor van DJI blijvende aandacht te schenken aan het informeren van justitiabelen over het beklagrecht. Voor de uitvoering van dit scenario is het ook van belang dat de communicatie aan gedetineerden over het beklagrecht goed verloopt.

Dit scenario betekent ook dat het taken- en vaardighedenpakket van het hoofd medische dienst in zekere mate wordt uitgebreid. Het is belangrijk dat als voor dit scenario wordt gekozen, er nader wordt onderzocht welke vaardigheden hiervoor nodig zijn en of hiervoor eventuele training noodzakelijk is.

Samenvattend
In dit scenario wordt een betere invulling gegeven aan de klachtenbemiddeling als instrument om de kwaliteit te verbeteren. De informatieverzameling en -analyse worden in dit scenario verbeterd (zoals bij scenario 1). Het scenario vangt echter de knelpunten die gepaard gaan met de duur van de bemiddeling en afstand van bemiddelaar tot klager gedeeltelijk op. Een deel van de bemiddelingen zal dichtbij en relatief snel plaatsvinden. De bemiddeling door de medisch adviseur blijft echter op afstand.

Voordelen

- Geen aanpassing van de regelgeving nodig
- Relatief lage implementatiekosten
- Snelle invoering
- Verbetering (centrale) sturingsinformatie en terugkoppeling
- Aantal klachten bij medisch adviseur neemt af
- Decentrale, snelle bemiddeling voor deel van de klachten
- Gedetineerde blijft het recht houden een klacht in te dienen bij de medisch adviseur

Nadelen

- Bemiddeling niet door onafhankelijke partij
- Duur klachtenbemiddeling blijft lang en op afstand
- Mogelijkheden bemiddeling klachten blijft gefragmenteerd
- Geen inzicht in *alle* medische klachten
- Vaardigheden ontwikkelen klachtenbemiddeling door HMD
- Draagvlak creëren bij hoofden medische dienst
- Afname centrale bemiddeling klachten is niet gegarandeerd

4.3 Scenario 3: CvT bemiddelt bij niet-medisch inhoudelijke klachten

Beschrijving scenario
In dit scenario krijgt niet het hoofd medische dienst maar de Commissie van Toezicht een rol bij in de bemiddeling rondom medische klachten.

Dit betekent wederom dat de communicatie naar gedetineerden over de mogelijkheden voor klachtenbemiddeling dient te worden gewijzigd (zoals bij scenario 2). Gedetineerden kunnen op deze manier met al hun klachten terecht bij de Commissie van Toezicht. Wederom dient, binnen het huidige wettelijke kader, de keuze bij de gedetineerde te worden neergelegd of hij zich tot de medisch adviseur wendt of tot de CvT.

In dit scenario dient de CvT een nieuwe rol op zich te nemen met betrekking tot de bemiddeling op het gebied van medische klachten. Bij dit scenario is het daarom belangrijk aandacht te besteden aan de definitie van een *medische klacht* en hoe deze definitie moet worden geïnterpreteerd. Het onderscheid naar klachten die betrekking hebben op communicatie en organisatie kunnen decentraal worden bemiddeld. Voor dit scenario is het belangrijk helder te krijgen hoe medische inhoudelijke klachten kunnen worden onderscheiden van overige klachten (bijvoorbeeld door middel van protocollering).

Organisatorische klachten en klachten over communicatie kunnen worden bemiddeld door de arts in de CvT. Klachten die CvT niet kan bemiddelen (medisch inhoudelijk) kunnen worden doorgestuurd naar medisch adviseur. De CvT wordt in dit scenario gestuurd op een 'poortwachtersrol' naar medisch adviseur door communicatie en eventueel protocollering.

Doordat een gedeelte van de klachten in dit scenario wordt opgevangen door de CvT, zal het aantal medische klachten bij de medisch adviseur naar verwachting afnemen. Hierover zou een kwantitatieve doelstelling kunnen worden geformuleerd, bijvoorbeeld een afname van het aantal klachten bij de medisch adviseur met 30%.

Samenvattend
In dit scenario wordt een betere invulling gegeven aan de klachtenbemiddeling als instrument om de kwaliteit te verbeteren. De informatieverzameling en -analyse worden in dit scenario verbeterd (zoals bij scenario 1). Het scenario vangt echter de knelpunten die gepaard gaan met de duur van de bemiddeling en afstand van bemiddelaar tot klager gedeeltelijk op. Een deel van de bemiddelingen zal dichtbij en relatief snel plaatsvinden. De bemiddeling door de medisch adviseur blijft echter op afstand.

Voordelen
- Geen aanpassing van de regelgeving nodig
- Relatief lage implementatiekosten
- Verbetering van de (centrale) sturingsinformatie en terugkoppeling
- Aantal klachten bij medisch adviseur neemt af
- Decentrale, snelle bemiddeling voor deel van de klachten
- Deel van de bemiddeling door onafhankelijke partij

Nadelen
- Deel klachten wordt centraal bemiddeld waardoor duur bemiddeling van deze klachten lang blijft en de afstand groot.
- Centrale bemiddeling niet door onafhankelijke partij
- Mogelijkheden bemiddeling klachten blijft gefragmenteerd

- Geen inzicht in *alle* medische klachten
- Afname centrale bemiddeling klachten is niet gegarandeerd
- Sturing CvT is lastig door onafhankelijke positie

4.4 Scenario 4: CvT behandelt alle medische klachten

Beschrijving scenario
Scenario 4 gaat nog een stap verder dan scenario 3. In dit scenario worden alle medische klachten bemiddeld door de CvT. De maandcommissaris doet de eerste poging tot bemiddeling op iedere locatie. Daarnaast kan er lokaal een aparte beklagcommissie worden ingericht voor medische klachten. In de CvT heeft momenteel (officieel) al een arts zitting, deze kan de medisch-inhoudelijke kant van de klacht voor zijn rekening nemen. Volgens dit scenario vindt er decentraal bemiddeling plaats met persoonlijk contact tussen de klager en een onafhankelijk bemiddelaar. Dit scenario verlangt wel een wijziging van de penitentiaire maatregel.

Daarnaast is het bij dit scenario een belangrijke voorwaarde dat op lokaal niveau sturingsinformatie wordt verzameld over medische klachten door de CvT's en dat deze informatie wordt teruggekoppeld naar de medische diensten. Momenteel is de Raad voor de Rechtspraak bezig de registratie van klachten bij CvT's te verbeteren. Het is belangrijk dat er met deze partij wordt samengewerkt om inzicht te krijgen in *alle* klachten van gedetineerden.

Indien DJI de medische klachten wil gebruiken voor kwaliteitsverbetering is het van belang dat er een goede samenwerking plaatsvindt met de CvT. Het is belangrijk dat DJI informatie ontvangt van de CvT over de aard en omvang van de klachten op centraal niveau. Op lokaal niveau kunnen de medische diensten de klachten meenemen in hun beleid.

Samenvattend
In dit scenario wordt een betere invulling gegeven aan de klachtenbemiddeling als instrument om de kwaliteit te verbeteren. De informatieverzameling en -analyse worden in dit scenario verbeterd (zoals bij scenario 1). Het scenario vangt daarnaast de knelpunten die gepaard gaan met de duur van de bemiddeling en afstand van bemiddelaar tot klager volledig op omdat alle bemiddeling door de CvT plaats vindt.

Voordelen
- Decentrale bemiddeling van alle medische klachten
- Bemiddeling door onafhankelijke partij
- Aansluiting bij bestaande organisatie CvT
- Verbetering van de (decentrale) sturingsinformatie en terugkoppeling
- Inzicht in (bijna) alle medische klachten van gedetineerden

Nadelen
- Aanpassing van de regelgeving noodzakelijk
- Hoge implementatiekosten
- Sturing CvT is lastig door onafhankelijke positie
- Centrale monitoring door hoofdkantoor afhankelijk van samenwerking met CvT

4.5 Scenario 5: Ziekenhuismethode: opzetten lokale klachtencommissie medische klachten

Beschrijving scenario

Scenario 5 is opgesteld in navolging op de Kwaliteitswet zorginstellingen. In dit scenario installeert iedere vestiging haar eigen klachtencommissie voor medische klachten waar gedetineerden terecht kunnen voor klachtenbemiddeling (zoals dat ook gebeurt bij ziekenhuizen in de reguliere zorgsector). In de klachtencommissies dienen mensen zitting te hebben die de juiste bekwaamheid hebben om medische klachten in justitiële setting te bemiddelen.

Indien bemiddeling niet lukt, kan een gedetineerde in hoger beroep gaan bij de RSJ of bijvoorbeeld naar de Tuchtrechter stappen. Voor monitoring en terugkoppeling van klachten kan een registratiesysteem worden ontwikkeld. Dit systeem koppelt terug naar zowel het hoofdkantoor als de locale medische diensten. De medisch adviseur kan een expert rol op zich nemen ter ondersteuning van de klachtencommissies en de dataverzameling en het signaleren van trends met betrekking tot klachten op zich nemen.

Samenvattend
In dit scenario wordt een betere invulling gegeven aan de klachtenbemiddeling als instrument om de kwaliteit te verbeteren. De informatieverzameling en -analyse worden in dit scenario verbeterd (zoals bij scenario 1). Het scenario vangt daarnaast de knelpunten die gepaard gaan met de duur van de bemiddeling en afstand van bemiddelaar tot klager volledig op omdat alle bemiddeling door de lokale klachtencommissie plaats vindt.

Voordelen
- Decentrale bemiddeling van alle medische klachten
- Bemiddeling door onafhankelijke partij
- Medisch adviseur richt zich enkel nog op medisch inhoudelijke, complexe klachten

Nadelen
- Aanpassing van de regelgeving noodzakelijk
- Geen aansluiting op bestaande structuur
- Hoge implementatie- en borgingskosten
- Lastig een commissie te vullen naar aanleiding van problemen vacatures bij CvT's voor arts.

4.6 Scenario 6: "Lokale" bemiddeling door onafhankelijk arts (decentralisatie van medisch adviseur)

Beschrijving scenario
In scenario 6 worden op regionaal niveau een aantal "lokale medisch adviseurs" (bijvoorbeeld onafhankelijke artsen) ingezet die lokaal bij instellingen de bemiddeling van klachten op zich kunnen nemen. Op deze manier kunnen artsen een directe locale bemiddeling doen (zoals de maandcommissaris uit de CvT voor reguliere klachten doet). Deze onafhankelijke arts dient opgeleid te zijn over het bemiddelen over medisch inhoudelijke klachten. Een mogelijkheid is om aan te sluiten bij bestaande structuren voor de inzet van de onafhankelijke arts bijvoorbeeld via de GGD. De medisch adviseur kan een expert rol op zich nemen door te adviseren bij bemiddeling van complexe klachten en te zorgen voor het monitoren en de terugkoppeling van gegevens over de klachtenbemiddeling. Dit betekent wel dat de onafhankelijk artsen ondersteund dienen te worden voor de registratie van de medische klachten. Ook in dit scenario raden wij aan een registratiesysteem in te richten voor de monitoring en terugkoppeling van medische klachten.

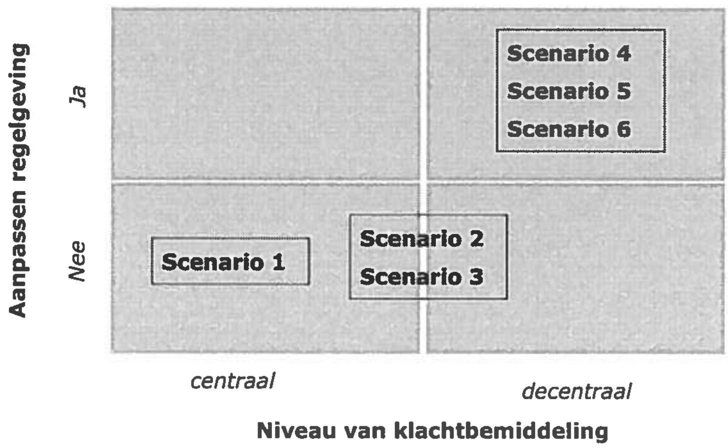
Samenvattend
In dit scenario wordt een betere invulling gegeven aan de klachtenbemiddeling als instrument om de kwaliteit te verbeteren. De informatieverzameling en -analyse worden in dit scenario verbeterd (zoals bij scenario 1). Het scenario vangt daarnaast de knelpunten die gepaard gaan met de duur van de bemiddeling en afstand van bemiddelaar tot klager volledig op omdat alle bemiddeling lokaal plaats vindt.

Voordelen
- Decentrale bemiddeling alle medische klachten
- Korte doorlooptijd bemiddeling klachten
- Medisch adviseur richt zich enkel nog op medisch inhoudelijke, complexe klachten

Nadelen
- Aanpassing van de regelgeving noodzakelijk
- Geen aansluiting op bestaande structuur
- Hoge implementatie- en borgingskosten
- Aanvullende ondersteuning noodzakelijk voor registratie van de klachten
- Kwaliteit bemiddeling lastig te toetsen en te sturen door onafhankelijke positie arts
- Mogelijkheden klachtenbemiddeling blijft gefragmenteerd

In onderstaande figuur zijn de zes scenario's schematisch weergegeven op basis van twee dimensies.

Figuur 1. Scenario's klachtenbemiddeling



4.7 Conclusie

De scenario's dienen als verkenning voor de mogelijkheden voor het aanpassen van de huidige situatie. Om de knelpunten uit de analyse op te lossen heeft een decentraal model de voorkeur omdat er in de beleving van de klager meer sprake is van bemiddeling als dit *face to face* plaatsvindt met een onafhankelijke partij. Indien

er voor een centrale oplossing wordt gekozen zal dit probleem niet worden opgelost. Dit betekent dat dit een aanpassing van de regelgeving onvermijdelijk is.

Omdat de CvT een bestaande organisatie is die de klachtenbemiddeling van overige klachten doet, is het relatief gemakkelijk de medische klachten bij het takenpakket van de CvT te scharen (zoals beschreven in scenario 4).

Daarnaast is het belangrijk dat de medische klachten gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering van de medische zorg. De bundeling van registratie van medische klachten is daarbij essentieel omdat op deze wijze een volledig beeld gegeven kan worden van de medische klachten. Scenario's 1,2 en 3 bieden mogelijkheden op centraal niveau de registratie van klachten te verbeteren. Met deze opties wordt echter niet het volledige aantal klachten in beeld gebracht. Indien er aansluiting wordt gezocht met de Commissie van Toezicht in de registratie van klachten kunnen de klachten beter in beeld gebracht worden.

In het volgende hoofdstuk doen wij naar aanleiding van onze bevindingen een aantal aanbevelingen.

5 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk doen wij een aantal aanbevelingen op de korte en lange termijn op basis van de bevindingen uit het onderzoek.

Aanwijzen projecteigenaar
We stellen voor een projecteigenaar aan te wijzen binnen de afdeling gezondheidszorg. De projecteigernaar legt contacten met interne en externe stakeholders, probeert aan te haken bij lopende trajecten (e.g. van RSJ en Raad voor de rechtspraak) en trekt de regiegroep (zie hieronder).

Analyse betrokken partijen en personen binnen DJI
Het optimaliseren van de klachtenbemiddelingsprocedure is niet alleen een zaak voor de afdeling gezondheidszorg. Er zijn binnen DJI diverse partijen die op enige wijze zijn betrokken bij klachtenbemiddeling, de Commissies van Toezicht of de RSJ. Daarnaast raden wij aan ook contact te leggen met de afdelingen die een eventuele wetswijziging kunnen begeleiden. Het verdient aanbeveling om, ongeacht de keuze voor het scenario, afspraken te maken over de regie (wie doet wat) en strategische verbinding (waar komt dit samen) tussen de verschillende betrokken afdelingen van het hoofdkantoor.

Samenstellen regiegroep
Daarnaast stellen wij voor een regiegroep samen te stellen. Deze groep mensen richt zich inhoudelijk op de problematiek rond klachtenbemiddeling en stelt vast hoe tot een optimale wijze van klachtenbemiddeling te komen. De regiegroep kan nader onderzoek initiëren op punten waar verdieping gewenst is.

We stellen voor deze groep (onder meer) samen te stellen met een aantal inhoudelijk experts op het gebied van medische klachten binnen DJI. Het is belangrijk dat deze groep samenwerkt met de afdelingen juridische zaken en CUB beleidsontwikkeling en de RSJ.

Verdiepend onderzoek en keuze scenario
Uit dit onderzoek is gebleken dat het optimaliseren van de klachtenbemiddeling complex van aard is, zeker als het gaat om een ingrijpende verandering waarbij mogelijk een wetswijziging aan de orde is. Wij stellen daarom voor verdiepend onderzoek te doen naar een aantal voorkeursscenario's. Dit kan worden uitgevoerd door de regiegroep in samenwerking met een aantal onderzoekers (intern uit DJI organisatie, rijkstrainee opdracht, externe inhuur of eventueel een afstudeeropdracht van een (rechten)student). Op basis van aanvullend onderzoek kan een keuze worden gemaakt voor het meest wenselijke scenario.

Aansluiten bij de A3 systematiek
Momenteel werken de medische diensten met de A3 systematiek. De medische diensten nemen hierin jaarlijks diverse doelstellingen op het gebied van kwaliteit op. De doelstellingen met betrekking tot de behandeling van medische klachten kunnen hierin worden meegenomen. Een mogelijkheid is ook om de medische klachten te behandelen op iedere regulier overleg van medische diensten om op deze manier de klachtenbemiddeling als instrument voor kwaliteitsverbetering te gebruiken.

Uniformering registratie en aansluiting bij CvT
De Raad voor de Rechtspraak, die de secretariële ondersteuning van de CvT's financiert, is momenteel bezig met het verkennen van de uniformering van registratiemogelijkheden van klachten. Bovendien adviseert de ISt het DJI hoofdkantoor de ontwikkeling van een landelijk registratiesysteem voor klachten bij de CvT's te ondersteunen waardoor een veilige opslag van gegevens wordt gewaarborgd en eenvoudig vergelijkingen en analyses kunnen worden uitgevoerd. Wij raden aan om hierbij aansluiting te zoeken waar het gaat om het registreren van medische klachten.

Samenwerking RSJ aanscherpen
De RSJ herkent ook het knelpunt van de duur en de afstand van de bemiddeling door de medisch adviseur. De RSJ organiseert daarom binnenkort een bijeenkomst om te discussiëren over de rol van de maandcommissaris in de bemiddeling van medische klachten. De RSJ heeft een oplossingscenario voorgesteld, vergelijkbaar met scenario 4. Vooralsnog is de RSJ in deze discussie in een verkennende fase. Wij raden aan aansluiting te zoeken met de RSJ om samen op te trekken in deze discussie.

Meenemen klachtenbemiddeling in gedetineerden survey
Om meer inzicht te krijgen in de beleving van gedetineerden van de klachtenbemiddeling, zou deze component meegenomen kunnen worden in de gedetineerden survey. De uitkomsten kunnen een bijdrage leveren in de beslissing om de klachtenbemiddelingsprocedure aan te passen.

In geval voor keuze scenario 4, 5 of 6: starten traject aanpassen regelgeving
Omdat expliciet in de Penitentiaire Maatregel is geregeld dat medische klachten terecht dienen te komen bij de Medisch Adviseur op het hoofdkantoor kunnen scenario's 4 t/m 6 alleen worden uitgerold door aanpassing van de regelgeving. Indien scenario's 4, 5 of 6 de voorkeur hebben dient een traject ingezet te worden voor wijziging van de regelgeving. De samenwerking met interne en externe patijen is hierbij essentieel. Ook op bestuurlijk niveau is voldoende draagvlak voor deze wijziging belangrijk. Een voordeel van het wijzigen van een AMvB is dat deze niet langs de Eerste en Tweede Kamer hoeft waardoor deze procedure minder lang zal zijn dan een procedure voor een wetswijziging.

Invoeren voorkeursscenario
Een laatste stap ten slotte betreft het implementeren van het gewenste scenario.

Geraadpleegde documenten

- Bajesboek: Handboek voor gedetineerden. P194.
- Werkwijze Commissies van Toezicht, inspectierapport themaonderzoek. Inspectie voor Sanctietoepassing. Januari 2009.
- Jaarverslag klachtenbemiddeling door medisch adviseur 2006.
- Jaarverslag RSJ 2008.